

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД В ҐЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ З ПОЗИЦІЙ КОНЦЕПЦІЙ ПРО ОСОБИСТІСТЬ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України» (м. Дніпро)

604@dsma.dp.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом НДР кафедри психіатрії, наркології і медичної психології «Оптимізація надання психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації хворим на психосоматичні та соматопсихічні розлади відповідно до сучасних умов», № державної реєстрації 0117U005270.

Вступ. Збільшення протягом останніх років хронічної неінфекційної патології в загальній структурі захворюваності населення вимагає від сучасної медицини перегляду поглядів на виникнення і перебіг цих захворювань. За оцінками, психічні розлади займають перше місце в світі по тягарю хвороб, по показнику років життя з інвалідністю та досягають рівня серцево-судинних, з точки зору років життя з поправкою на інвалідність [1]. Розповсюдженість хворобливих соматичних синдромів, як частини психічних розладів входить до трійки лідерів у Північній Америці [2]. Хронічний стрес, в тому числі викликаний наявністю хронічної патології, суттєво впливає на перебіг захворювань: наприклад, почуття соціальної ізоляції і його зв'язок з запальною відповіддю є спільними як для депресії, так і для багатьох соматичних станів [3]. Близько 30% пацієнтів мають клінічно значущі рівні дистресу або неефективно справляються зі стресом, що призводить до проблем адаптації, депресивних станів, проблем подолання болі, втоми тощо [4]. Наразі механізми впливу психіки на виникнення соматичних захворювань до кінця не узгоджені і потребують подальшого дослідження.

Сучасна медицина вже давно вимагає переходу до біопсихосоціальної концепції хвороби, коли будь-яке захворювання буде розглядатися з холистичних позицій [5,6]. Наявна традиційна модель біомедичних захворювань не може пояснити, яким чином індивідуальне реагування на симптоми може в значній мірі впливати на прояви і результат захворювання [7]. Завдяки такому підходу фахівці краще і повніше зможуть впливати на первинні кінцеві точки захворювань, особливо на якість життя. Таким чином, потрібні нові технології менеджменту та організації надання допомоги, що відповідають стратегії медичної реформи в Україні та враховують європейський та світовий досвід [8]. Наявна велика кількість теорій психосоматичних розладів на жаль не формує єдиної прийнятної картини розуміння цих розладів, особливо практикуваними лікарями загальної практики [5,9].

Метою цієї статті є запропонувати інтегративну модель розвитку психосоматичних розладів.

Основна частина. Критерієм віднесення захворювання до психосоматичних є наявність психологічно значимих подразників, що у часі нерідко пов'язані з виникненням чи загостренням даного фізичного порушення.

Загальноприйнята класифікація психосоматичних розладів включає наступні розлади [10]:

- Конверсійні і дисоціативні розлади
- Функціональні психосоматичні розлади
- Психосоматози (органічні психосоматичні розлади)

За відсутності окремих фахівців з психосоматичної медицини, допомогу таким пацієнтам надають різні спеціалісти. Якщо лікування пацієнтів з конверсійними і дисоціативними розладами у лікарів-психіатрів не викликає заперечень ані у лікарів, ані у пацієнтів, то функціональні психосоматичні розлади зазвичай лікують лікарі терапевтичного профілю. Хоча з позицій міжнародної класифікації хвороб функціональні психосоматичні розлади відносяться до компетенції лікарів-психіатрів і кодуються у розділі F45: соматоформні розлади [11].

Пацієнти з психосоматозами зазвичай потребують специфічного лікування у фахівців з відповідної системи органів, а не у фахівців у сфері психіки, через пізню звертаємість, оскільки морфологічні зміни, які запускаються «порочними колами» вже не можна виправити лише впливом на психіку [12].

В подальшому розвиваючи погляд на патогенез невротичних розладів як на результат незрілого захисного механізму, основною метою якого є захист від невідповідності між «хочу і можу», що породжує стресову (адаптаційну) реакцію [13], ми пропонуємо наступну схему розвитку психосоматичних розладів (рис.).

Основною причиною виникнення психогенних розладів є стресова подія у зовнішньому світі. Виходячи з психодинамічної структури особистості, ми використовуємо наступну структуру особистості: Супер его, Его та Воно [14]. Стресова подія у зовнішньому світі призводить до вираженої невідповідності між концепціями «Я ідеальне» у Супер его та «Я реальне» в Его [15]. При цьому ця невідповідність здається для індивіда такою, яку не можна подолати доклавши час, зусилля або певні засоби. Поява такої невідповідності призводить до формування внутрішньоособистісного конфлікту, який, в свою чергу, проявляється тривогою. Ця тривога є першою фазою стресу за Г. Сельє [16]. Таким чином, на цьому етапі ми маємо перехід від психічних до фізіологічних про-

цесів та початок формування підґрунтя для психосоматичних розладів.

Надалі психіка особи має щось робити з тривогою, яка з'явилася в «Его». На цьому рівні ми бачимо два можливих розвитку подій. Якщо тривога в повній мірі усвідомилася, то можливо використання певних копінг-стратегій. Виділяють наступні напрямки копію [17]: проблемно-орієнтований та суб'єктно-орієнтований. З інших позицій можуть виділяти такі варіанти копію-стратегій: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, уникання.

Копію-стратегії позбавляють особистість від тривоги. Використання малоадаптивних стратегій, коли тривога не повністю долається, або тривала дія психотравмуючого фактору, коли тривога постійно «підживлюється» від внутрішньоособистісного конфлікту, можуть у підсумку призводити до дезадаптації.

Другий варіант починає діяти, якщо особа не почала свідомо щось робити для подолання тривоги, що з'явилася. Тут включаються механізми психологічного захисту від тривоги. Виділяють наступні механізми [18]:

- незрілі (примітивні): заперечення, бігство, регресія, ідентифікація, ідеалізація, фантазування, пасивна агресія;
- невротичні: витіснення, дисоціація, конверсія, соматизація, проєкція, раціоналізація, реактивне утворення, заміщення;
- зрілі: сублімація, альтруїзм, гумор, співпереживання;
- постійні: ізоляція, інтелектуалізація, педантизм, гумор.

Не всі з описаних А. Фройд механізмів можуть приводити до розвитку психосоматичних розладів. Навпаки, більшість з них спрямовані на повне несвідоме подолання тривоги без наслідків для особистості та організму.

Проте деякі механізми захисту у певній послідовності можуть призводити до психосоматичних розладів. Першим таким механізмом є витіснення. Завдяки цьому механізму захисту тривога витісняється з свідомого («Его») у несвідоме («Воно»). Його наслідками є збереження тривоги в особистості, але без її усвідомлення, тобто усі фізіологічні зміни, які властиві для тривоги і стресу відповідно, зберігаються, але особа вже не усвідомлює тривоги. Надалі на тривогу, що витіснилася з «Его» у «Воно» продовжують діяти інші захисні механізми. Якщо починає впливати такі механізми, як конверсія та дисоціація, то це призводить до виникнення конверсійних та дисоціативних розладів. Якщо на тривогу, що знаходиться у «Воно», починає діяти такий механізм, як соматизація, то це спочатку призводить до виникнення функціональних психосоматичних розладів, які відповідно до МКХ-10 є соматоформними розладами (F45) [19]. При тривалому збереженні функціональних розладів можливе формування «органічного порочного кола», після формування якого функціональні розлади перейдуть у органічні психосоматичні розлади.

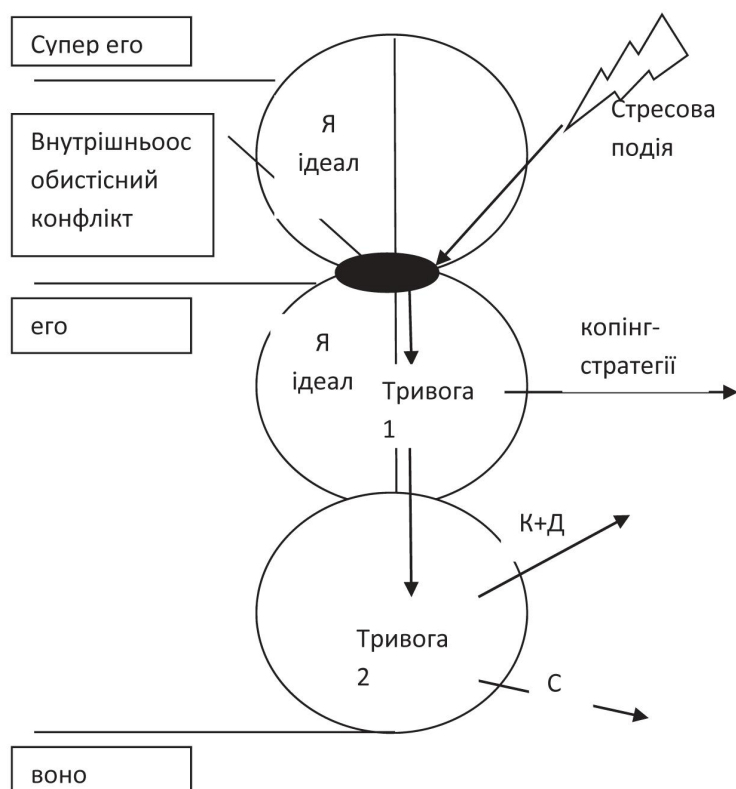


Рисунок – Орієнтовна схема розвитку психосоматичних розладів.

Описана модель також може пояснювати і тривожні розлади. При генералізованому тривожному розладі витіснення, яке переміщало тривогу з «Его» у «Воно» перестає спрацьовувати і в особистості з'являється тривога, походження якої особа вже не розуміє, оскільки після повернення з «Воно» тривога втрачає причинно-наслідкові зв'язки з психотравмуючою подією. Поява періодичної інтенсивної тривоги (панічні атаки) з цих позицій може пояснюватися тимчасовим відключенням механізму витіснення при збереженні «підпитки» тривоги від психотравмуючого фактору.

З позицій запропонованої моделі також можливо пояснення виникнення посттравматичного стресового розладу. Його виникнення пояснюється появою неадаптивних копію-стратегій на тлі тривоги що «живиться» від внутрішньоособистісного конфлікту з додаванням періодичної тривоги через неповноцінність роботи механізму витіснення.

При організації лікування пацієнтів з психогенними захворюваннями, приймаючи до уваги запропоновану концепцію, доцільно використовувати психотерапію для подолання внутрішньоособистісного конфлікту та фармакотерапію, спрямовану на подолання тривоги.

Таким чином запропонована теорія виникнення психогенних, зокрема психосоматичних розладів дозволяє на основі інтеграції загальновідомих теорій краще зрозуміти механізми розвитку цієї патології. Також чітко можна визначити місце психотерапії і фармакотерапії як основних методів лікування психогенних розладів. Окрім цього, можливо використання цієї моделі при навчанні студентів та лікарів інтернів та у рамках психоосвітніх заходів для пацієнтів з психосоматичними розладами.

Література

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016 Feb;3(2):171-8.
2. Vigo D, Jones L, Thornicroft G, Atun R. Burden of Mental, Neurological, Substance Use Disorders and Self-Harm in North America: A Comparative Epidemiology of Canada, Mexico, and the United States. *Can J Psychiatry*. 2019 Nov 20;070674371989016.
3. Consoli SM. La recherche psychosomatique en 2018: illusions perdues, espoirs renouvelés. *Rev Médecine Interne*. 2018 Dec;39(12):955-62.
4. Evers AWM, Gieler U, Hasenbring MJ, van Middendorp H. Incorporating Biopsychosocial Characteristics into Personalized Healthcare: A Clinical Approach. *Psychother Psychosom*. 2014;83(3):148-57.
5. Bellomo A, Altamura M, Ventriglio A, Rella A, Quartesan R, Elisei S. Psychological Factors Affecting Medical Conditions in Consultation-Liaison Psychiatry. In: Porcelli P, Sonino N, editors. *Advances in Psychosomatic Medicine* [Internet]. Basel: KARGER; 2007 [cited 2019 Nov 25]. p. 127-40. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/106801>
6. Karavaeva TA, Kocjubinskij AP. Holisticheskaja diagnostika pograničnykh psichicheskikh rasstrojstv. SPb.: SpecLit; 2018. 286 s. [in Russian].
7. Fava GA, Sonino N, Wise TN. Principles of Psychosomatic Assessment. In: Fava GA, Sonino N, Wise TN, editors. *Advances in Psychosomatic Medicine* [Internet]. Basel: KARGER; 2011 [cited 2019 Nov 25]. p. 1-18. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/329997>
8. Voloshyn PV, Maruta NO. Osnovni napriamky naukovykh rozrobok v nevrolohii, psykhiiatrii ta narkolohii v Ukraini. *Ukrainskyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2017;25(1):10-8. [in Ukrainian].
9. Porcelli P, Todarello O. Psychological Factors in Medical Disorders Assessed with the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research. In: Fava GA, Sonino N, Wise TN, editors. *Advances in Psychosomatic Medicine* [Internet]. Basel: KARGER; 2011 [cited 2019 Nov 25]. p. 108-17. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/330009>
10. Sidorov PI, Parnjakov AV. Vvedenie v klinicheskiju psihologiju: uchebnik dlja studentov medicinskih vuzov. Vol. 2. Moskva: Akademicheskij Proekt, Ekaterenburg: Delovaja kniga; 2000. [in Russian].
11. Nakaz vid 05.02.2007 № 59 Pro zatverdzhennia klinichnykh protokoliv nadannia medychnoi dopomohy za spetsialnistiu „Psykhiiatriia» [Internet]. MOZ Ukrainy; 2007. Dostupno: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070205_59.html [in Ukrainian].
12. Kostyuk GP, Masyakin AV, Starinskaya MA. Organizacija psichiatricheskoj pomoshhi v ambulatornopoliklinicheskikh uslovijah pri rasstrojstvakh trevozhnogo i depressivnogo spektra. *Psihiatrija*. 2017;76:5-11. [in Russian].
13. Spirina ID, Tymofeyev RM, Shornikov AV. Rol stresovoi reaktsii i 'nezhilykh psikhichnykh zakhysnykh mekhanizmv u formuvanni nevrotychnykh, poviazanykh zi stresom i somatofornykh rozladiv. *Ukrainskyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2018;26(1):92-4. [in Ukrainian].
14. Freud S. *Neuro-Psychoses of Defence* [Internet]. Read Books Ltd.; 2014 [cited 2017 Nov 2]. Available from: <http://www.myilibrary.com?id=852502>
15. Rogers CR, Dymond RF. *Psychotherapy and personality change: co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press; 1978.
16. Sel'e G. *Stress bez distressa*. M.: Progress; 1979. 109 s. [in Russian].
17. Cerkovskij AL. Sovremennye vzglyady na koping-problemu. *Vestnik Vitebskogo Gosudarstvennogo Medicinskogo Universiteta*. 2006;5(3):1-15. [in Russian].
18. Freud A. *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Ungekürzte Ausg., 22. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl; 2012. 175 p. (Fischer-Taschenbücher Geist und Psyche).
19. Nulter JuL, Cirkin SJu, redactory. *Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr)*. Klassifikacija psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike. SPb.: Adis; 1994. 304 s. [in Russian].

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД В ГЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ З ПОЗИЦІЙ КОНЦЕПЦІЙ ПРО ОСОБИСТІСТЬ

Огоренко В. В., Шорніков А. В.

Резюме. У статті запропоновано єдиний підхід по розуміння психогенних, зокрема психосоматичних розладів. Запропонована модель ґрунтується на психодинамічній теорії особистості З. Фрейда та механізмах психологічного захисту особистості від тривоги А. Фройд, та інтегрує «Я-концепцію» К. Роджерса, теорією стресу Г. Сельє, копінг-стратегії за Р. Лазарусом. Виходячи з обговорюваної моделі розвитку психогенних розладів ключове місце відводиться тривозі, що з'являється як невідповідність «Я-ідеального» та «Я-реального». В подальшому, на цю тривогу можуть впливати як копінг-стратегії, так і механізми захисту особистості від тривоги, що у підсумку може призводити і до розвитку психосоматичних розладів. Запропонована модель розвитку психосоматичних розладів також може пояснювати виникнення генералізованого тривожного розладу, панічних атак, посттравматичного стресового розладу, хімічних залежностей та може стати в нагоді при вивченні етіології і патогенезу психогенних та психосоматичних розладів як на додипломному, так і на післядипломному рівні освіти.

Ключові слова: невротичні, пов'язані зі стресом, соматоформні розлади, депресія, психічна травма, захисні механізми.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПОЗИЦИЙ КОНЦЕПЦИЙ О ЛИЧНОСТИ

Огоренко В. В., Шорников А. В.

Резюме. В статье предложен единый подход понимания психогенных, в частности психосоматических расстройств. Предложенная модель основывается на психодинамической теории личности З. Фрейда и механизмах психологической защиты личности от тревоги А. Фройд, интегрирует «Я-концепцию» К. Роджерса, теории стресса Г. Селье, копинг-стратегии Р. Лазаруса. Исходя из обсуждаемой модели развития психогенных расстройств, ключевое место отводится тревоге, которая появляется как результат выраженного несоответствия «Я-идеального» и «Я-реального». В дальнейшем, на эту тревогу могут влиять как копинг-стратегии, так и механизмы защиты личности от тревоги, что в итоге может приводить и к развитию психосоматических расстройств. Предложенная модель развития психосоматических расстройств также может объяснять возникновение генерализованного тревожного расстройства, панических атак, посттравматического стрессового расстройства, химических зависимостей и может пригодиться при изучении этиологии и патогенеза психогенных и психосоматических расстройств как на додипломном, так и на последипломном уровне образования.

Ключевые слова: невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства, депрессия, психическая травма, защитные механизмы.

INTEGRATIVE APPROACH TO PSYCHOSOMATIC DISORDERS GENESIS OF THE POSITIONS CONCEPT OF THE INDIVIDUALITY

Ogorenko V. V., Shornikov A. V.

Abstract. Chronic stress, including those caused by the presence of chronic pathology, has a significant effect on the course of the disease: feelings of social isolation and its connection to the inflammatory response are common to both depression and many somatic conditions. About 30% of patients have clinically significant levels of distress or ineffectively cope with stress, which leads to problems of adaptation, depressive states, problems of overcoming pain, fatigue. In the absence of some specialists in psychosomatic medicine help these patients provide various specialists.

If the treatment of patients with conversion and dissociative disorders in psychiatrists does not raise objections in either doctors or patients, then functional psychosomatic disorders are usually treated by doctors of therapeutic profile. In the article is proposed a unified approach for understanding psychogenic, in particular psychosomatic disorders. In developing a look at the pathogenesis of neurotic disorders as a result of an immature defense mechanism, the primary purpose of which is to protect against the mismatch between “want and can”, which generates a stress (adaptation) response, we propose a scheme for the development of psychosomatic disorders. The proposed model is based on the psychodynamic the Freudian theory of personality and the mechanisms of psychological defense by A. Freud, and is integrated K. Rogers “self-concept theory”, H. Selye’s stress theory, and coping strategies by R. Lazarus. Based on the discussed model of the psychogenic disorders’ development, a key role is given to anxiety, which appears as a discrepancy between “I-ideal” and “I-real”. Further, this anxiety can be affected by both coping strategies and the mechanisms of psychological defense, which can eventually lead to the development of psychosomatic disorders. If the anxiety is fully understanding, it is possible to use some coping strategies, such as problem solving, seeking social support, avoiding it. Another option is to take action if the person does not knowingly do something to overcome the anxiety that has arisen. It includes mechanisms for psychological protection from anxiety. Thanks to the mechanism of displacement, anxiety is displaced from the conscious (“Ego”) into the unconscious (“It”). Its consequences are to keep anxiety in the personality, but without its awareness, that is, all physiological changes persist, but the person is no longer aware of anxiety. Later on concerns continue to apply other defense mechanisms. When beginning to affect mechanisms such as conversion and dissociation, it leads to conversion and dissociative disorders. If a mechanism such as somatization takes effect in the “It” anxiety, it leads to functional psychosomatic disorders, which, according to ICD-10, are somatoform disorders (F45).

The proposed model of the psychosomatic disorders’ development may also explain the occurrence of generalized anxiety disorder, panic attacks, post-traumatic stress disorder, and chemical addictions, and may be useful in studying the etiology and pathogenesis of psychogenic and psychosomatic disorders at both undergraduate and postgraduate levels of education. For example, post-traumatic stress is explained by the impact of non-adaptive coping strategies with the anxiety background of that “feeds in” from intrapersonal conflict with the addition of periodic anxiety due to the inferiority of the displacement mechanism.

Key words: neurotic, stress-related, somatoform disorders, depression, psychotrauma, defense mechanisms.

Рецензент – проф. Скрипников А. М.

Стаття надійшла 04.12.2019 року